Conduite a tenir devant une épistaxis



Dr M Kabri
Maitre assistant orl

Le plan

I- Généralités
II- Rappel Anatomique
III- Diagnostic Positif
IV- Diagnostics Différentiels
V- Diagnostics Étiologiques
VI- Traitement
VII- Conclusion

I- Généralités

- C’est un saignement en provenance des fosses nasales, des sinus ou du cavum et qui s’extériorise soit par les narines (épistaxis antérieure) soit par le rhinopharynx (épistaxis postérieure) ou les deux.

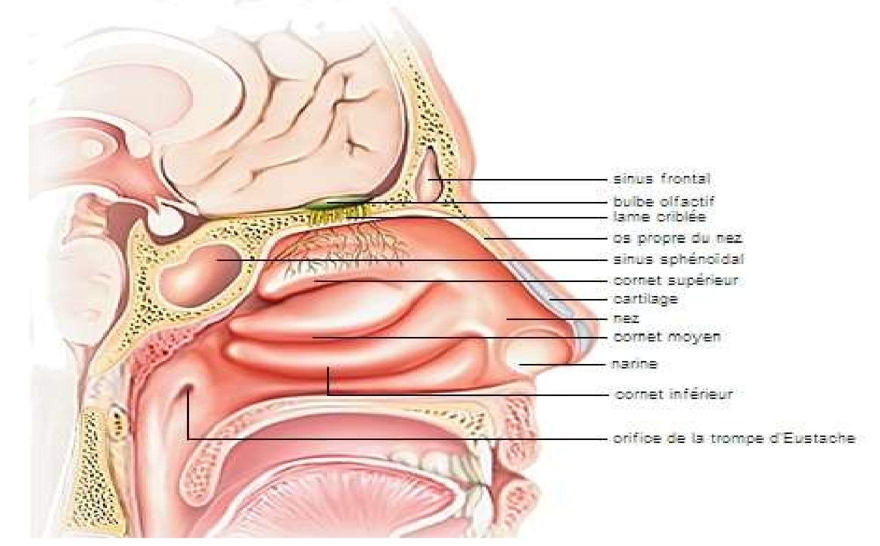
❖L'épistaxis est une urgence fréquente en pratique ORL. Le plus souvent bénigne, l'épistaxis peut rapidement engager le pronostic vital, du fait de son abondance ou de sa répétition.

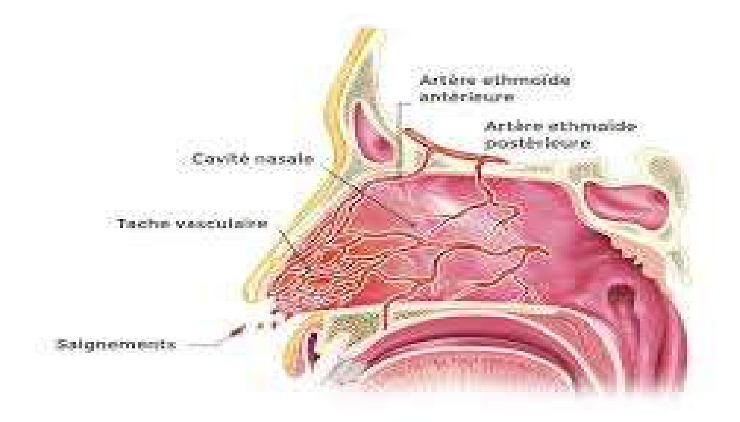
❖ Son évaluation précise est un facteur prédictif de l’efficacité thérapeutique.

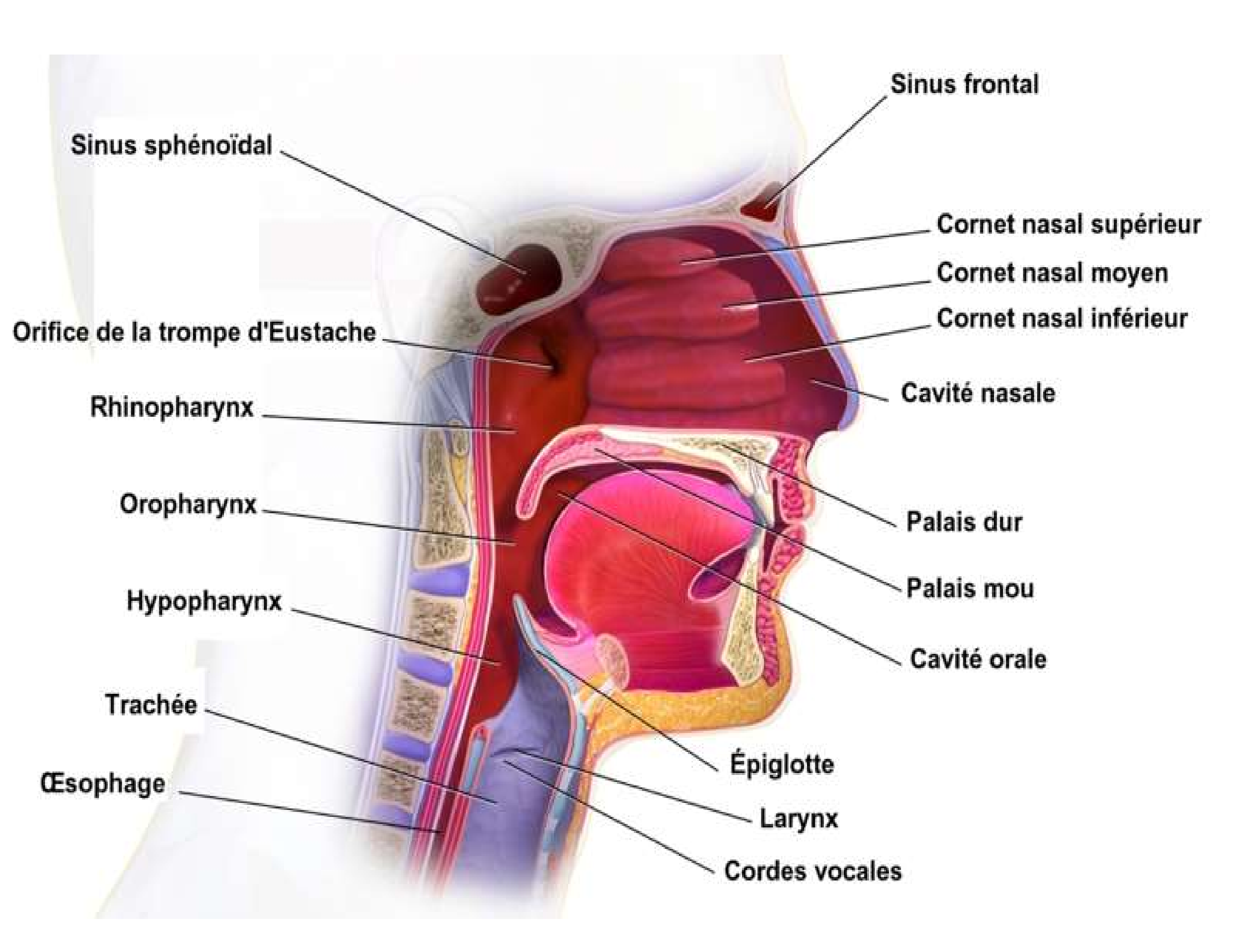
- **Devant une épistaxis le praticien doit** :
- 1 - Faire le diagnostic positif.
- 2 - Préciser l'importance et le retentissement de l'hémorragie.
- 3 - Rechercher le site et l’étiologie de l'épistaxis.
- 4 – Assurer l’hémostase.

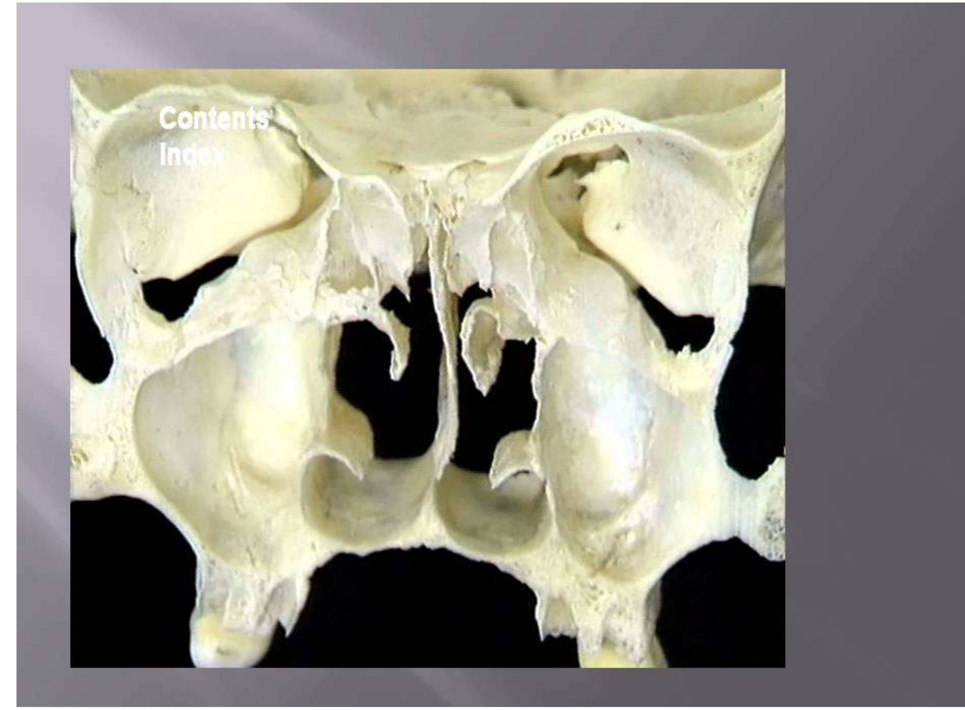
II-Rappel anatomique

- Les (FN) sont 2 cavités situées de façon symétrique de part et d’autre d’une cloison médiane au centre du massif osseux de la face.
- - Constituent la portion la plus haute des voies respiratoires.
- - Sont le siège de l'olfaction.
- - Communiquent à l’extérieur par les orifices narinaires, et ouvertes dans le cavum par les choanes.






Sinus frontal
Sinus sphénoïdal
Cornet nasal supérieur
Cornet nasal moyen
Orifice de la trompe d'Eustache
Cornet nasal inférieur
Cavité nasale
Rhinopharynx
Oropharynx
Palais dur
Palais mou
Hypopharynx
Cavité orale
Trachée
Épiglotte
Œsophage
Larynx
Cordes vocales


Contents
Index

La vascularisation artérielle des FN

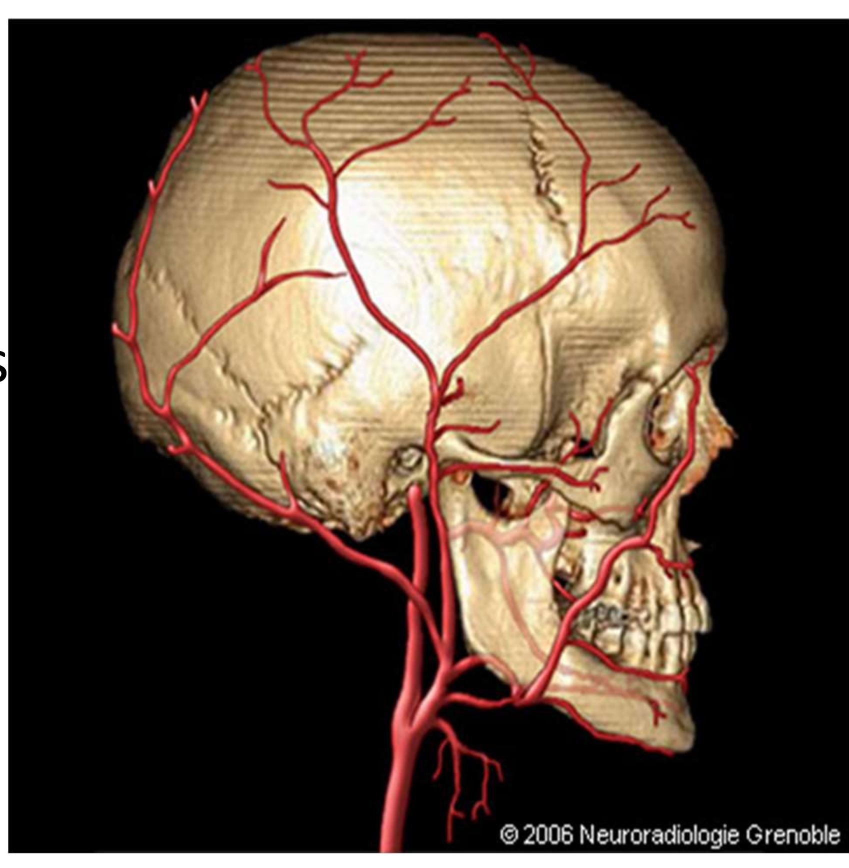
Elle dépend des deux systèmes carotidiens:

Carotide interne :

- Artère ophtalmique

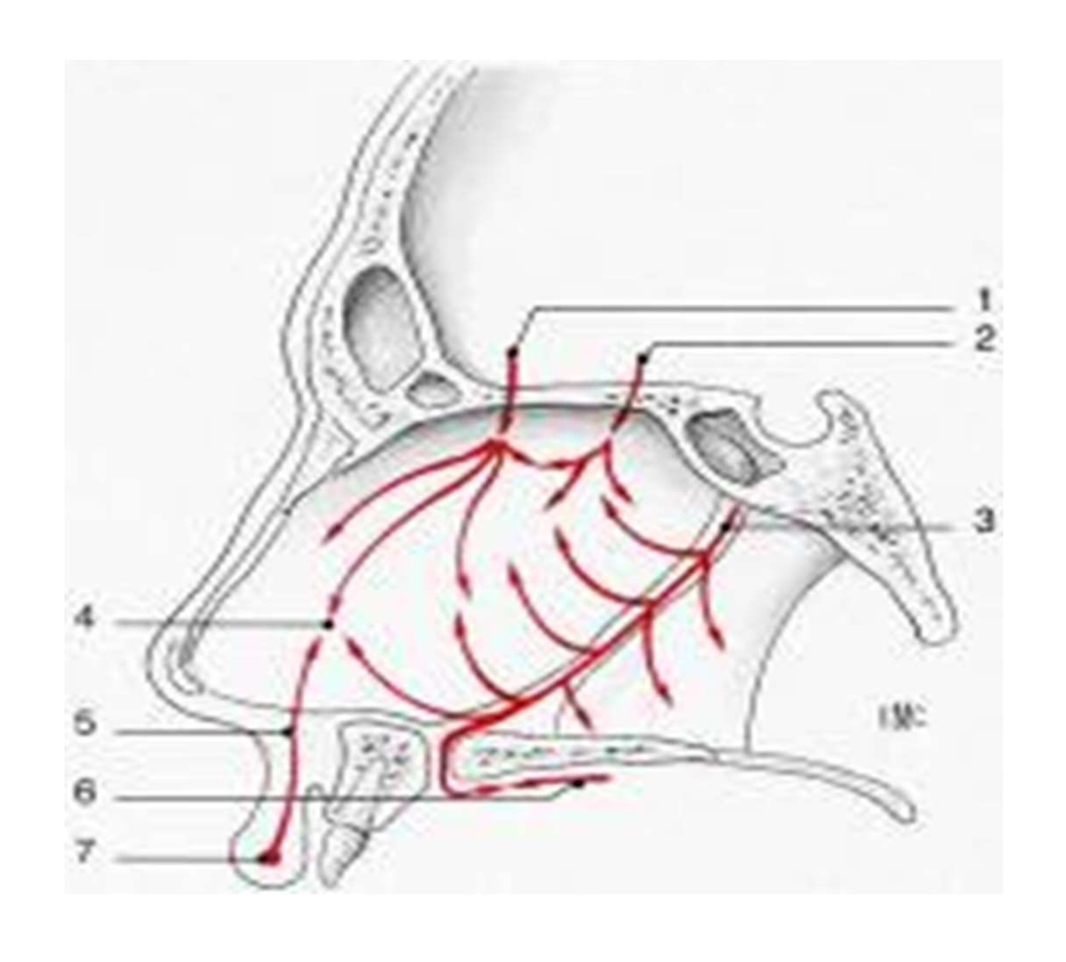
Carotide externe 80% de la vascularisation des FN:

- Artère maxillaire int
- Artère faciale



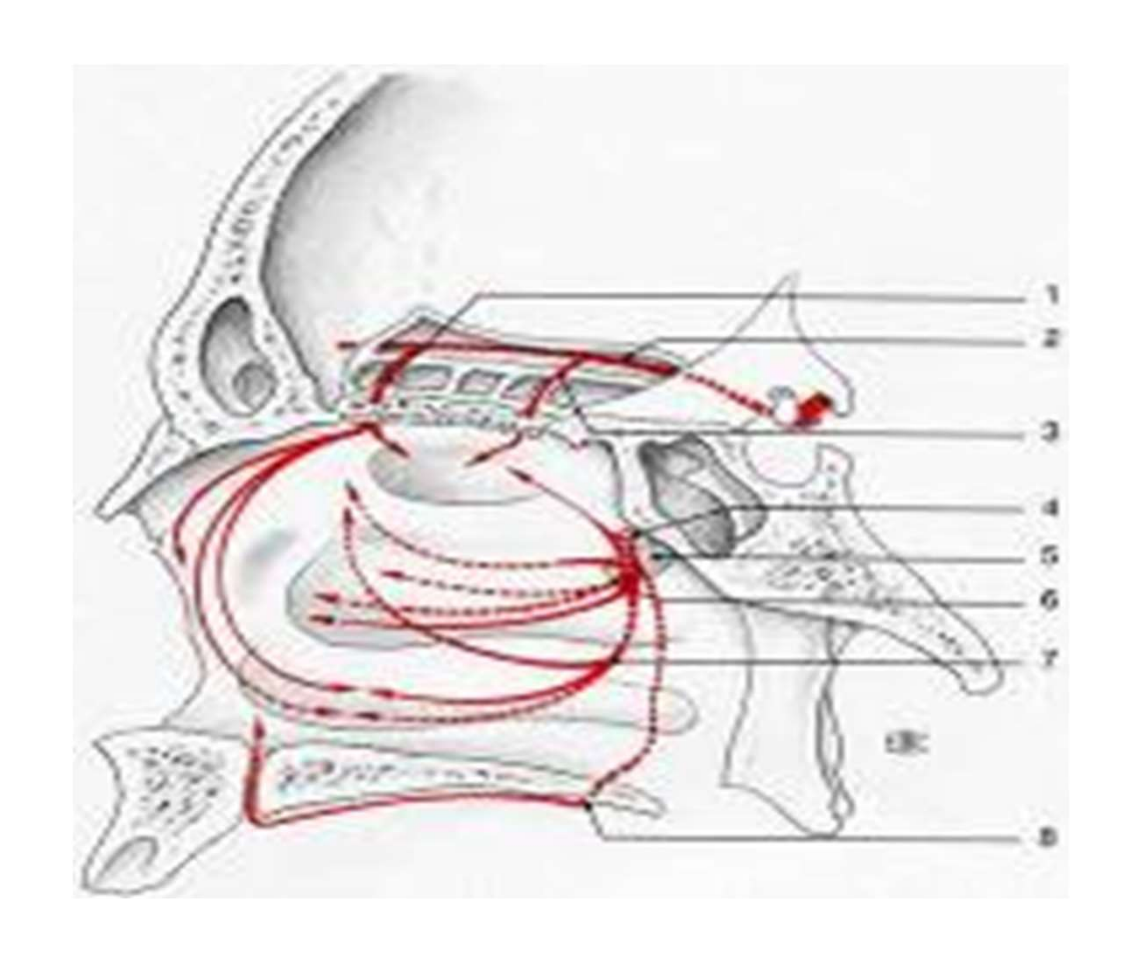
Vascularisation de la cloison nasale

1. Artère ethmoïdale antérieure.
2. Artère ethmoïdale postérieure.
3. Artère nasopalatine.
4. Tache vasculaire.
5. Artère de la sous-cloison.
6. Artère palatine supérieure



Vascularisation de la paroi latérale

1. Artère ethmoïdale antérieure.
2. Artère ophtalmique.
3. Artère ethmoïdale postérieure.
4. Artère nasopalatine.
5. Foramen sphénopalatin.
6. Artère du cornet moyen.
7. Artère du cornet inférieur.
8. Artère palatine supérieure.



La tache vasculaire

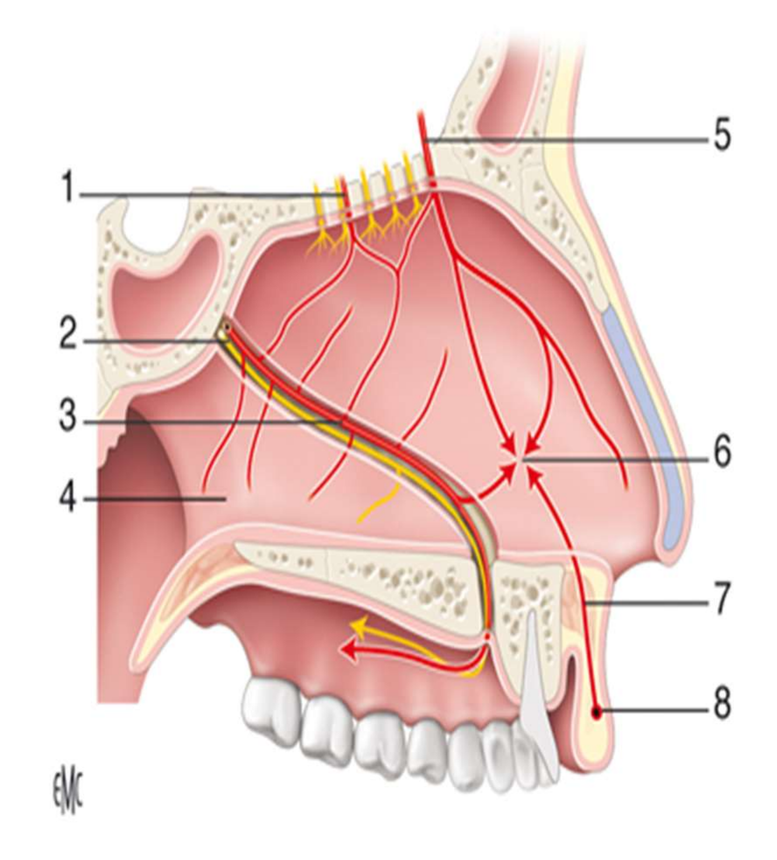
est la zone d'anastomose de 3 systèmes artériels :

artères ethmoïdales,

artère sphéno-palatine,

artère faciale (par l'artère de la sous-cloison)

dans la région antéro-inférieure de la cloison.



III-Diagnostic positif

Interrogatoire:

Du patient ou de l'entourage :

L'âge

Les antécédents (HTA connue, antécédents hémorragiques

la prise de médicaments)

La durée et l'abondance de l'épisode hémorragique actuel

Examen général: évaluer le retentissement de la spoliation sanguine par :

la prise du pouls et de la pression artérielle

l'aspect du patient : anxiété, agitation, sueurs, pâleur

Examen ORL: après mouchage permet :

d'apprécier l'abondance de l'hémorragie

de préciser son siège antérieur ou postérieur

et son origine localisée ou diffuse

Examens complémentaires

En fonction de l'abondance de l'hémorragie et en urgence :

-groupage,

-numération sanguine(Hb, ht)

- étude de l'hémostase (TP, INR, TCA).

D'autres examens plus spécialisés seront demandés en fonction de l'orientation étiologique, le plus souvent dans un deuxième temps.

Les signes de gravité cliniques et para-cliniques d'une épistaxis :

- ➢ Pâleur, sueurs, tachycardie, hypotension artérielle, polypnée troubles de la conscience (choc hypovolémique)
- ➢Terrain fragilisé (patient âgé, polypathologique), troubles de la coagulation
- ➢Une perte sanguine importante.
- ➢Un taux d'hémoglobine inférieur à 7g/L.
- ➢Une hématocrite inférieure à 35%.

VI-Diagnostic différentiel

Hémoptysie : extériorisation de sang durant des efforts de toux

Hématémèse : extériorisation de sang durant des efforts de vomissement

V- Les étiologies

A - Causes locales

Traumatiques:

-Traumatismes de la sphère maxillo-faciale (les os propres du nez)

-Iatrogènes: chirurgie rhino-sinusienne, intubation nasale, fibroscopie , corps étranger , médicamenteuse..

Tumorale

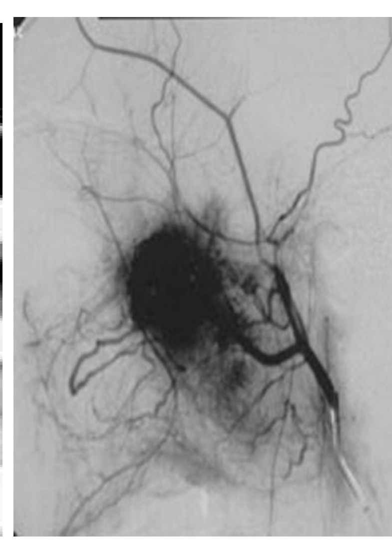
L' épistaxis est généralement unilatérale, associée à d'autres signes rhinologiques tels que l'obstruction nasale ,l'atteinte des paires crâniennes ou otite séromuqueuse

Tumeurs bénignes:

-Fibrome nasopharyngien :
touche l'adolescent de sexe masculin se caractérise par sa très riche vascularisation.
Le diagnostic est endoscopique : formation arrondie, régulière parfois polylobée, sphénochoanale, obstruant la cavité nasale au niveau de la choane.
TDM : masse à développement endonasal élargissant le foramen sphénopalatin et se rehaussant lors de l'injection de produit de contraste.

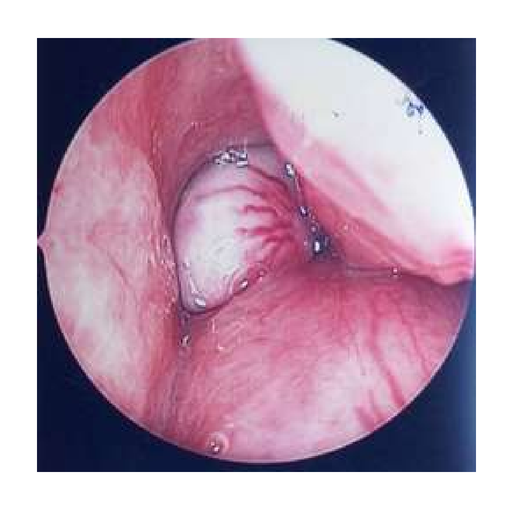






-Polype saignant de la cloison

-Angiome des fosses nasales



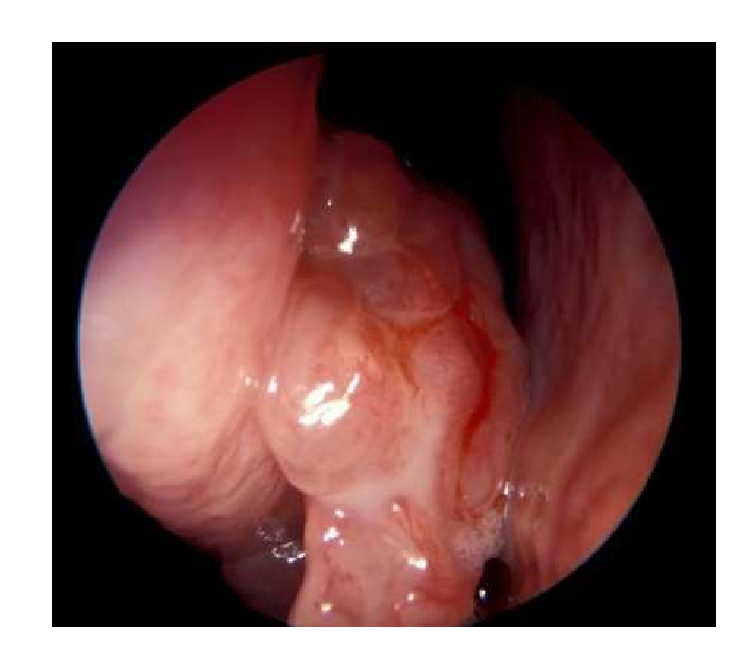
Tumeurs malignes:

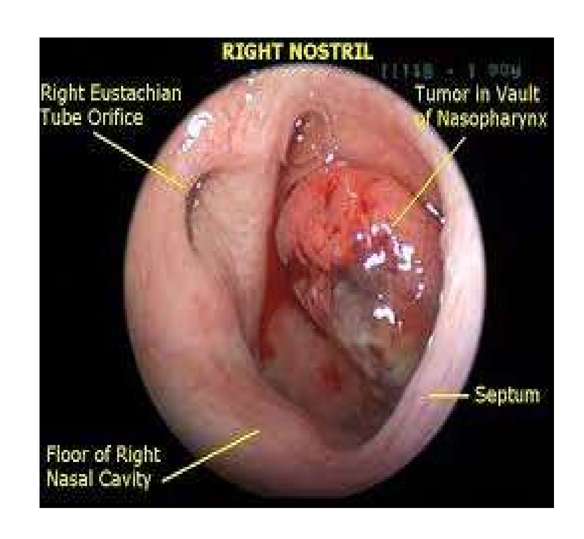
Le carcinome indifférencié du cavum

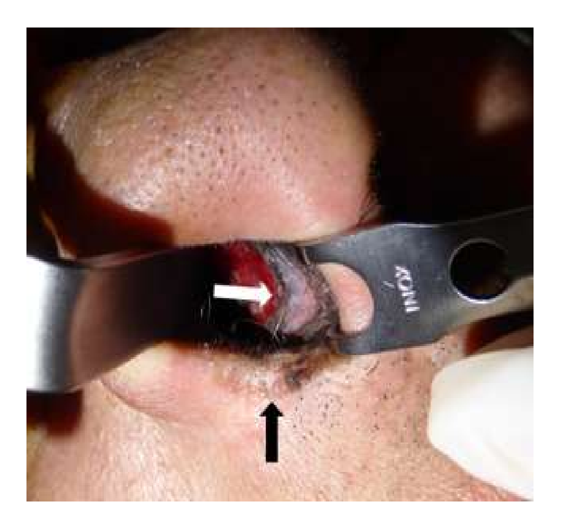
Les tumeurs malignes des sinus ou des fosses nasales:

Adénocarcinome de l'ethmoïde, carcinome du maxillaire;

mélanome…







Causes infectieuses ou inflammatoires

L'hyperhémie diffuse de la muqueuse,

induite par les états infectieux et inflammatoires

des cavités nasales et sinusiennes est fréquemment

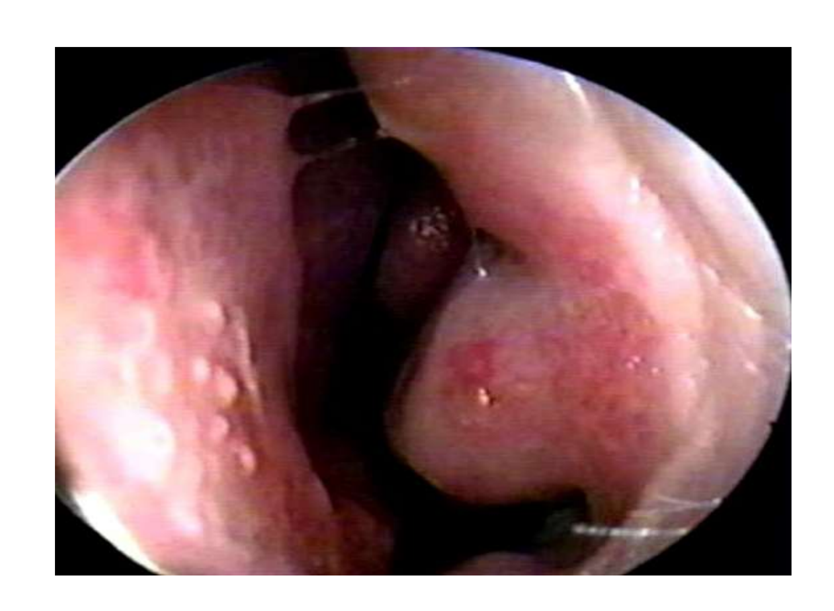
responsable d'épistaxis de faible abondance.

Autres:

Rhino sinusites chroniques

Rhinites atrophiques





B - Causes générales

Hypertension artérielle:

triade de Dieulafoy(céphalées, bourdonnements, épistaxis), l'épistaxis révèle volontiers l'HTA du sujet jeune.

Capillarites:

Comme dans les affections suivantes : purpura rhumatoïde, maladies immuno-allergiques (purpura fulminans...), diabète, scorbut...

Troubles de l'hémostase:

Traitements anticoagulants, antiagrégants plaquettaires, AINS

Déficit en facteurs de la coagulation (hémophilie)

Insuffisance hépatocellulaire

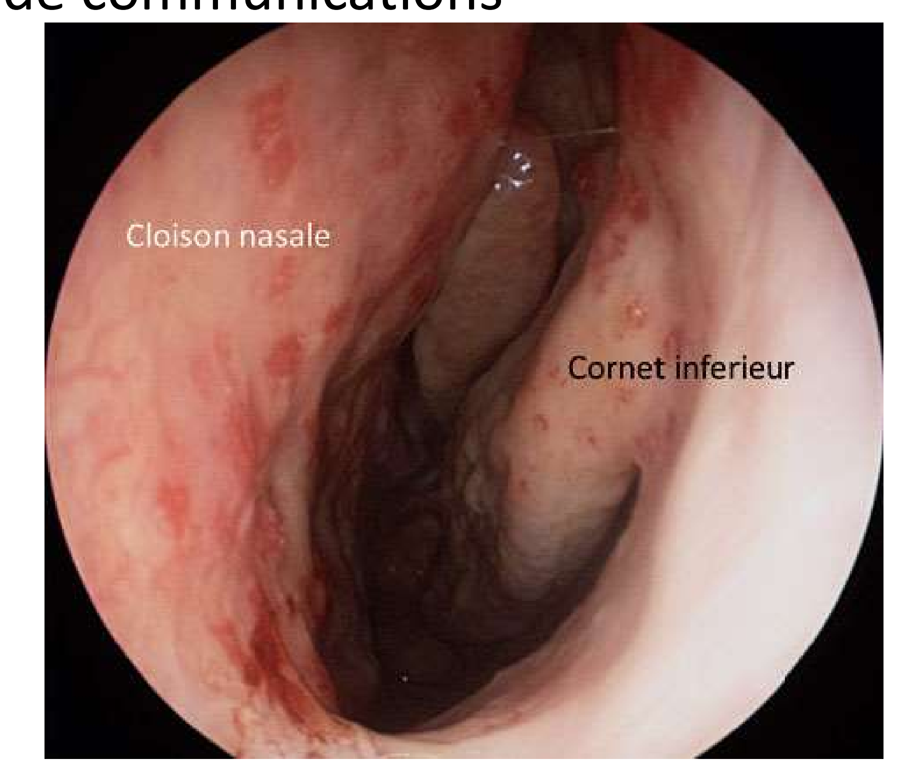
Hémopathies

Purpura thrombopénique, immuno-allergique, toxique, médicamenteux et thrombopathique

Maladie de Rendu-Osler

héréditaire autosomique dominante, caractérisée par une anomalie de la structure du capillaire. L'absence de couche musculaire et élastique est à l'origine de la formation d'ectasies vasculaires, de communications artérioveineuses.

Diagnostic clinique: présence de multiples télangiectasies atteignant principalement la muqueuse des cavités nasales (septum, plancher, cornets inférieur et moyen), aussi la muqueuse de la cavité buccale, les téguments de la face.



Les localisations viscérales (muqueuse gastrique, colique, rectale, hépatosplénique, pulmonaires) sont beaucoup plus rares.

EPISTAXIS ESSENTIELLE

- Diagnostic d’exclusion
- Fréquence dans l’enfance
- Après exposition au soleil, grattage, éternuement voir spontanément
- En rapport avec une fragilité vasculaire.

VI-Traitement

Buts:

-Arrêter le saignement.

-Traiter l’état de choc.

-Traitement étiologique

Mesures générales

1- Calmer et rassurer le patient

2- Repos et position demi assise

3- Voie d'abord

4- Apprécier la gravité : volume de la perte sanguine et retentissement

En suivant l'importance et la localisation du saignement, une démarche plus ou moins invasive va être proposée :





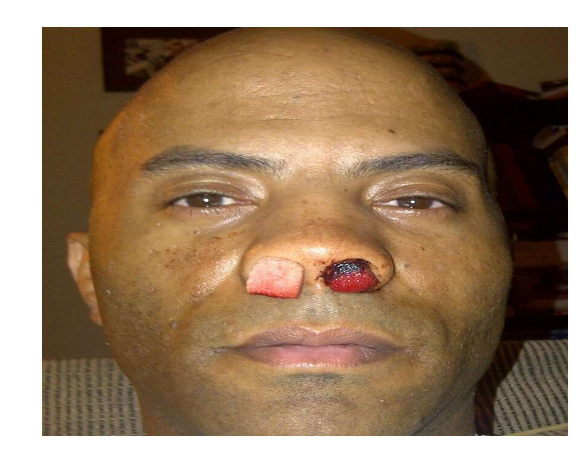
1) compression digitale simple de l'aile du nez pendant 10 minutes

2) compression par tampon de coton hémostatique…

3) cautérisation de la tache vasculaire le plus souvent à distance du saignement :

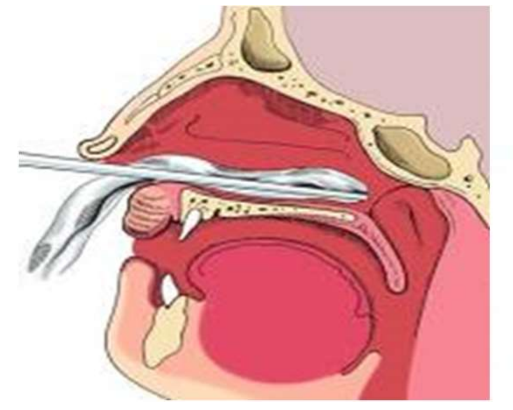
- chimique (nitrate d'argent)
- électrique.

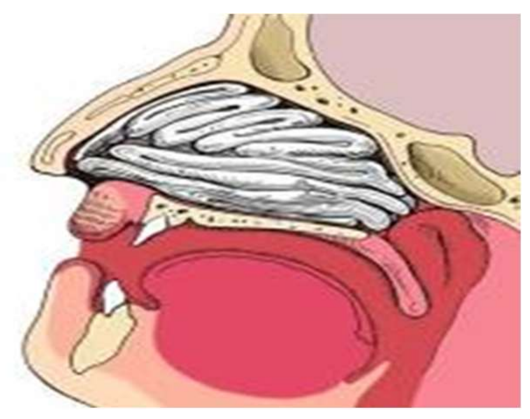


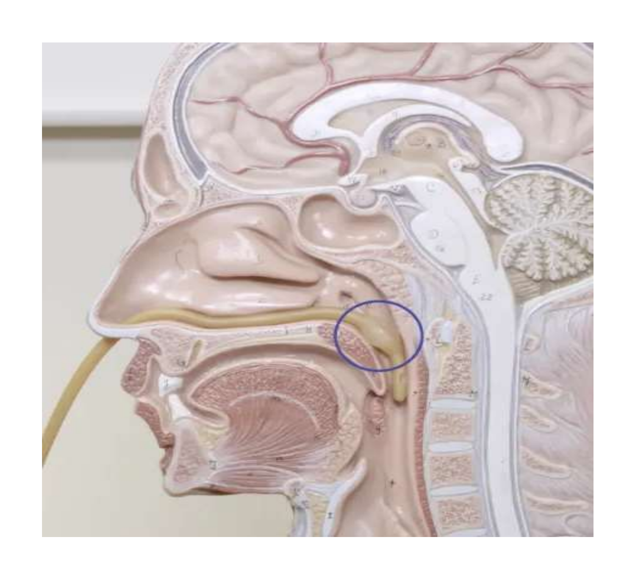


DEUXIEME TEMPS

- méchage par voie antérieure de la fosse nasale
- tamponnement par voie antérieure avec ballonnet gonflable
- tamponnement par voie postérieure
- coagulation par voie chirurgicale endoscopique des artères sphénopalatines
-embolisation de ces artères en radiologie interventionnelle
    - coagulation des artères ethmoïdales par orbitotomie
-ligature artérielle(carotide externe)







- Recherche et traitement d'une cause générale : hypertension artérielle, coagulopathies...
- transfusion sanguine si nécessaire prise en charge surtout de l' état de choc hypovolémie

Les tamponnements

a. Tamponnement antérieur

Malade assis

Mouchage énergique de chaque fosse nasale pour évacuer les caillots

Anesthésie de contact et vasoconstricteurs locaux : xylocaïne naphazolinée® (rétraction de la muqueuse).

Introduction à l'aide d'une pince coudée d'une mèche grasse de 2 à 5 cm de large. La pince saisit la mèche à 10 cm de son extrémité (pour éviter sa chute dans le pharynx à travers la choane) et est enfoncée jusqu'à la partie postérieure de la fosse nasale. La mèche est bien tassée en accordéon d'arrière en avant jusqu'à la narine.

Contention de l'extrémité antérieure du tamponnement par un ruban adhésif sur l'orifice narinaire.

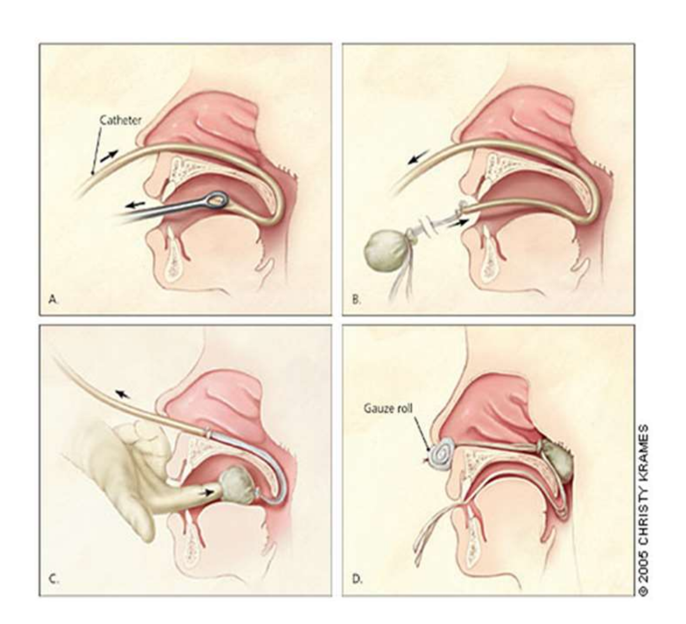


B- Tamponnement postérieur

- Introduction par la narine d'une sonde molle, jusque dans le pharynx, où son extrémité est repérée et tirée par la bouche à l'aide d'une pince.
- Fixation à cette extrémité des deux fils reliés à un tampon de gaze serré.

La sonde, retirée par le nez suivant le mouvement inverse de son introduction, et le tampon qui se bloque dans la choane (aidé par un doigt qui le guide derrière le voile et dans le rhinopharynx).

- Un tamponnement antérieur est ensuite effectué.
- Les fils du tampon postérieur sont noués sur un tampon placé devant l'orifice narinaire





Sondes à Ballonnets

Ballonnet simple :

Il est introduit, dégonflé, dans la fosse nasale. Il est ensuite gonflé avec une seringue à une pression juste suffisante pour arrêter le saignement tout en vérifiant que son extrémité ne fait pas hernie dans l'oropharynx.

Il ne doit pas être laissé en place plus de 24 heures, et si possible doit être dégonflé toutes les 6 à 8 heures.

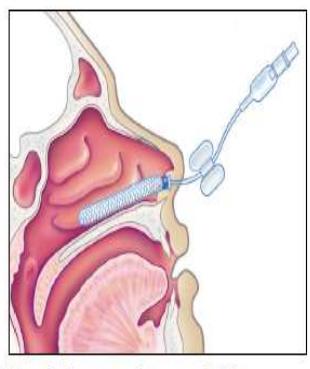
Sonde à double ballonnet :

Remplace de plus en plus le tamponnement postérieur en cas d'hémorragie importante. La sonde est introduite jusque dans le rhinopharynx, le ballonnet postérieur est gonflé modérément et bloqué dans la choane. On gonfle ensuite le ballonnet antérieur dans le vestibule narinaire, pour isoler l'ensemble de la fosse nasale.

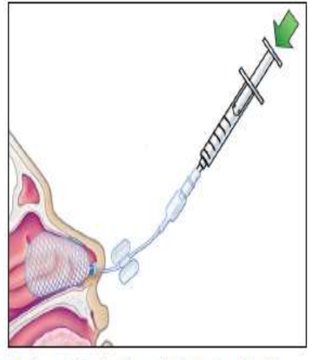
RAPID RHINO product usage directions



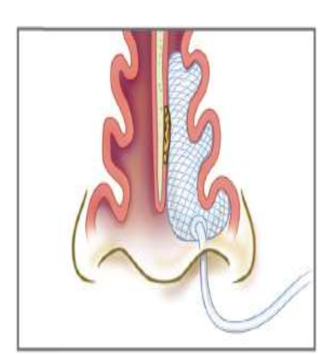
1 Soak in sterile water for a FULL 30 seconds.



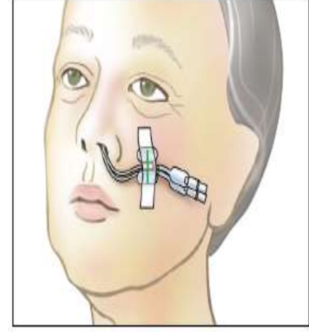
2 Insert along superior aspect of the hard palate until the blue indicator is past the nares.



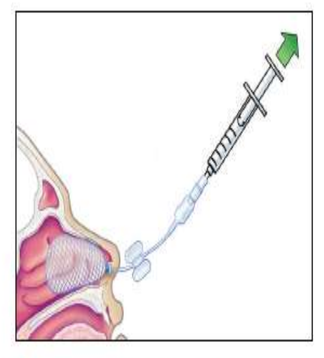
3 Using a 20ml syringe, inflate the Rapid Rhino device with AIR only. Monitor the pilot cuff for direct tactile feedback; Stop inflation when the pilot cuff becomes rounded and feels firm when squeezed.



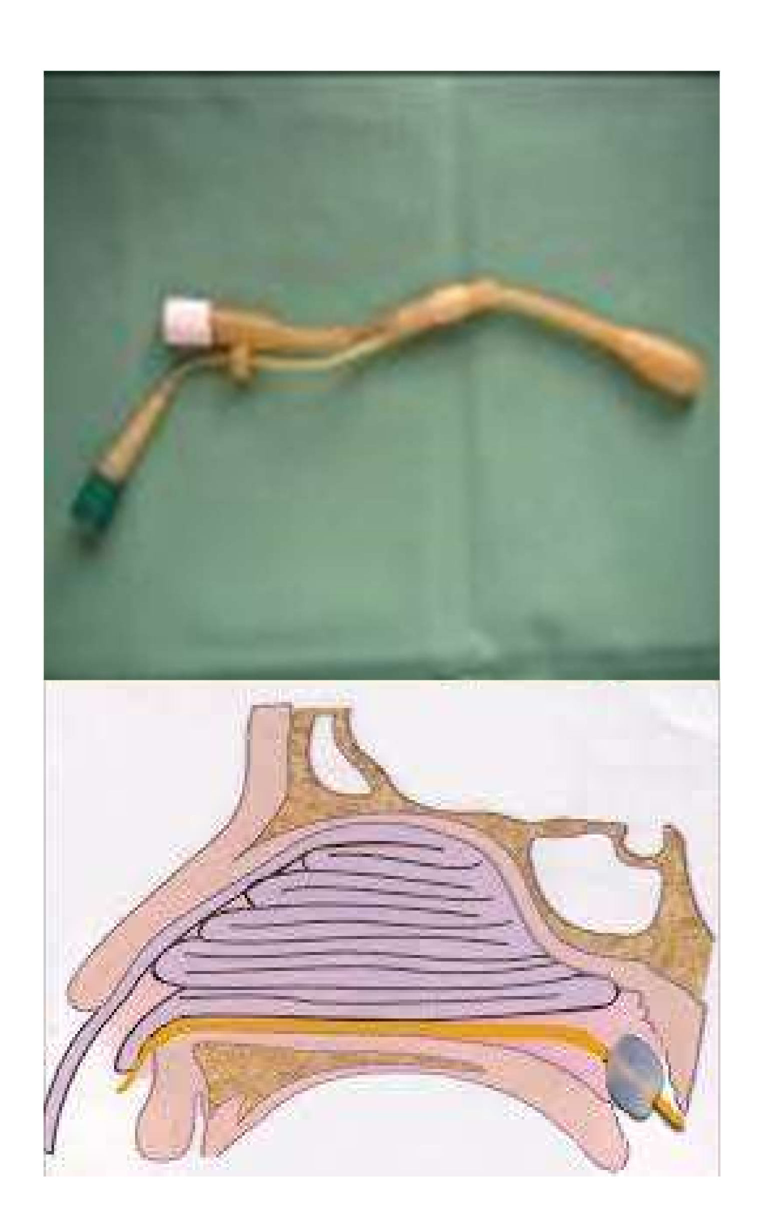
4 Inflate the cuff to provide a gentle, low-pressure tamponade delivering the CMC fabric directly to the bleed site.



5 Reassess after 15-20 minutes; reinflate to ensure proper pressure (if necessary) and tape to patient's cheek away from the upper lip.



6 Removal should occur 24-72 hours after treatment.



VII - Conclusion

L'épistaxis est une urgence fréquente en ORL. Son traitement fait appel à une véritable escalade thérapeutique allant de la simple compression bidigitale aux ligatures artérielles.

La conduite à tenir devant toute épistaxis se fait toujours selon les mêmes principes :

-appréciation du retentissement ;

-réalisation de l'hémostase ;

-enquête étiologique.

Cette dernière doit toujours être réalisée à distance du saignement, et le diagnostic d'épistaxis essentielle doit rester un diagnostic d‘exclusion.